



# 診察：申し込み及び問診票

診察をうけられる方へ：診療上大切な事ですのでご協力お願いします

(患者ご自身、または保護者の方がご記入ください。記入または○をつけてください)

フリガナ

(〒 - )

氏名

住所

生年月日 明・大・昭・平

年 月 日生 ( 才)

電話 (自宅)

(連絡先:携帯など)

1) 今日はどこが悪くて 又は どんな目的で来院されましたか？

禁煙外来・健康診断・予防接種 自費外来 (栄養注射・ED・AGA・プラセンタ)

2) いつ頃からそのような症状がおこりましたか？

3) 特にご相談になりたいことがあればご記入ください。

4) 現在、他院で医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？

はい・いいえ あればその薬名を ( )

**\*\*おくすりノートがあればお示してください\*\***

5) タバコ：吸わない・やめた ( 才頃) ・吸う ( 本/日)

アルコール：飲まない・やめた・飲む ( /日)

6) アレルギー体質 (ぜんそく・鼻炎など) や、異常体質といわれたことがありますか？

はい・いいえ あればその内容を ( )

7) 飲み薬・ぬり薬・注射・食べ物でアレルギー症状 (発疹・じんま疹・はきけなど) が  
でたことがありますか？

はい・いいえ あればその内容を ( )

8) いままでに重い病気や手術を受けた事がありますか？

9) 女性の方へ：現在妊娠されていますか？可能性はありますか？ (はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。